

Année 1956

740

T H E S E

pour

le DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CLAPOT Marie

Née le 30 Octobre 1927 à BEAUVAIS (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

AU SUJET DE LA RECUPERATION DES TUBERCULEUX

Président de Thèse : Monsieur le Professeur BOYER.

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE de MEDECINE de PARIS

Nom du Candidat : CLAPOT

Prénom : MARIE

Date de la Soutenance :

N°

I

CLAPOT Marie
Au sujet de la récupération des Tuberculeux.
N°
Thèse Méd. Paris 1956
Dact. in 4° 15 pages
Ed. A.G.E.M.P. 1956

2

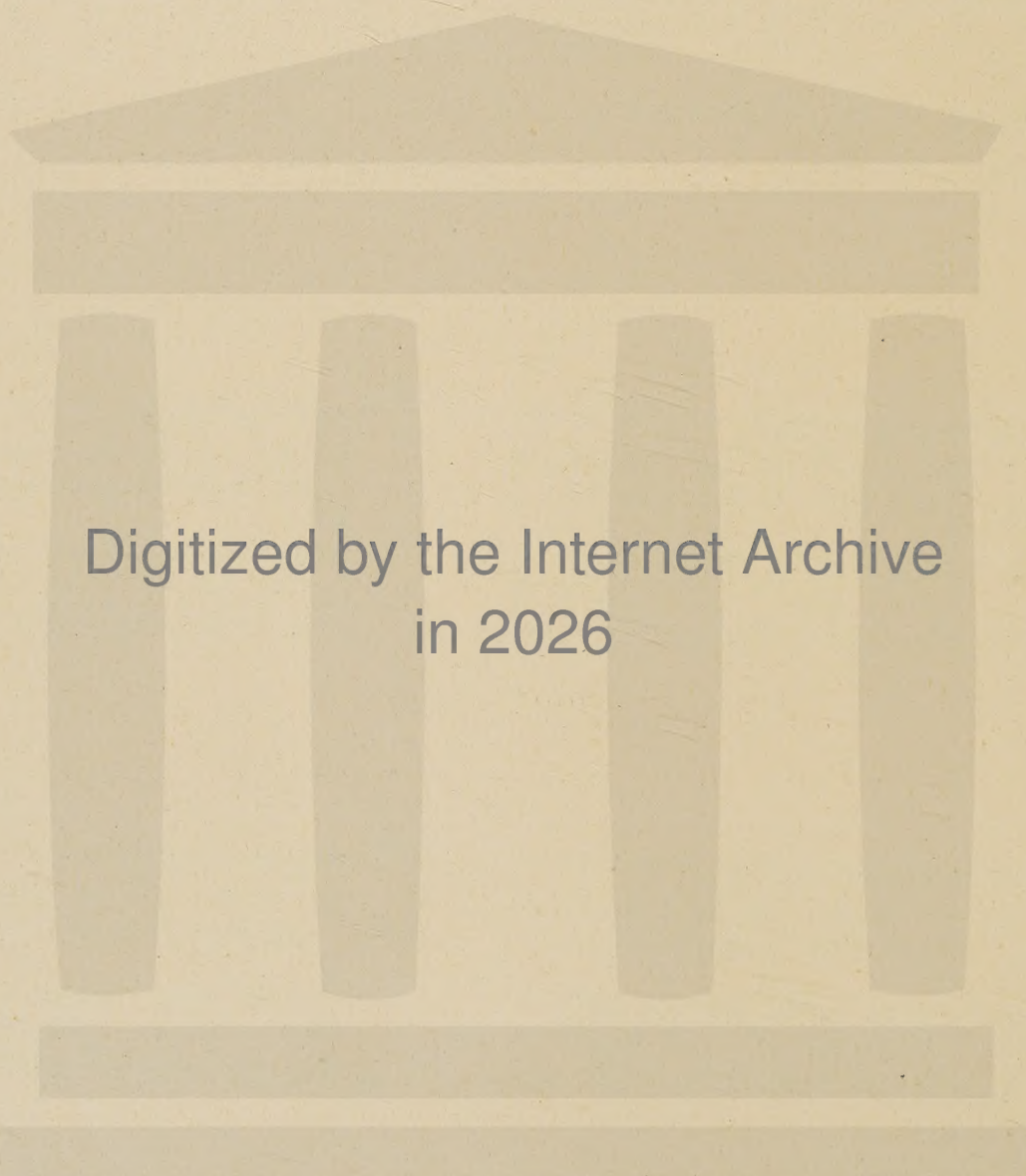
CLAPOT Marie
Au sujet de la récupération des Tuberculeux.
N°
Thèse Méd. Paris 1956
Dact. in 4° 15 pages
Ed. A.G.E.M.P. Paris

3

CLAPOT Marie
Au sujet de la récupération des Tuberculeux.
N°
Thèse Méd. Paris 1956
Dact. in 4° 15 pages
Ed. A.G.E.M.P. 1956

4

CLAPOT Marie
Au sujet de la récupération des Tuberculeux.
N°
Thèse Méd. Paris 1956
Dact. in 4° 15 pages
Ed. A.G.E.M.P. 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552418_0035

Année 1956

N°

T H E S E

pour

le DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CLAPOT Marie

Née le 30 Octobre 1927 à BEAUVAIS (Oise)

Présentée et soutenue publiquement le :

AU SUJET DE LA RECUPERATION DES TUBERCULEUX

Président de Thèse : Monsieur le Professeur BOYER.

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE : M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BENARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DE-BET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSESEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie Pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	N...	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (P.)	
Biologie Médicale	VERNE (J.)	
Cancérologie médicale et sociale	N...	
Carcinologie	OBERLING (C.)	
Chimie médicale.....	JAYLE (M.F.)	
Cliniques Chirurgicales	{ Hôtel Dieu	BROCQ (P.)
	{ Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	{ Salpêtrière	N...
	{ Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)	
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale.....	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques Médicales	{ Hôtel Dieu	N...
	{ Bichat	N...
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques Obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
	{ Baudelocque	N...
	{ Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)	
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-phatologique des problèmes alimentaires ..	RICHET (C.)	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER	

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

Anatomie.....	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBEYRE (J.)
	OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Melle P.) pr.s.ch.,
	BUSSER (F.), GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMANN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch.
	DEPARIS (M), pr.s.ch.
Maladie infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), pr.s.ch. , GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Obstétrique	GRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.),
	MORIN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophtalmologie	DESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUMANN (J.), GOSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N...., N...., N...., N...., N...., N...., N...., N....
Pathologie expérimentale	N...., N....
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) CONTE (M.), DORIAT (A.), LAMOTTE (M.), LAROCHÉ (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.), PERRAULT (H.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.), N...., N...., N...., N...., N...., N...., N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N...., N....
Pharmacologie	CHEYMOL (J.), pr.s. ch. LEVY (Melb J), pr. s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOUBNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Physique Médicale	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	N....
Psychiatrie	N....
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N....
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.), HUGUIER (J.), LEGER (L.), PADOVANI (P.), PATEL (J.), ROUX (M.); RUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N...., DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HALBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALLE (G.), MAYER (M.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophthalmologique	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DULAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur BOYER

Pour le remercier d'avoir bien
voulu accepter la présidence
de cette thèse.

- INTRODUCTION -

Depuis la découverte des antibiotiques, le problème de la tuberculose pulmonaire s'est profondément modifié : les données classiques de la phtisiologie ont été bouleversées et un optimisme, d'ailleurs justifié, est né, transformant très vite l'aspect moral et social de cette maladie.

On ne peut donc plus envisager la récupération des tuberculeux de la même manière qu'il y a une dizaine d'années.

Rendre la tuberculeux à une vie active et socialement productive est en effet le but de tous les phtisiologues. Selon le Docteur EVEN : " Reconnaître un tuberculeux, c'est bien ; le guérir c'est mieux ; Le rendre à la vie familiale et sociale, c'est tout. "

Grâce aux examens systématiques, qui permettent un dépistage précoce, et aux méthodes thérapeutiques actuelles tant médicales que chirurgicales la durée moyenne de traitement s'est raccourcie de façon appréciable. On peut donc, maintenant, dissocier dans un certain nombre de cas les notions de récupération et de réadaptation, autrefois obligatoirement liées. De plus, s'est dégagée et imposée peu à peu la notion de rééducation qui joue désormais un rôle important dans le reclassement des adultes jeunes, non encore pourvus de qualification professionnelle au moment de leur dépistage. Mais surtout, le pourcentage croissant de tuberculeux qui arrive actuellement au stade de stabilisation vraie ne fait que rendre plus urgent leur reclassement.

Un tel problème sort du cadre de la phtisiologie pour atteindre un plan professionnel et social.

LA RECUPERATION des TUBERCULEUX sur le PLAN MEDICAL

Il est parfois embarrassant de décider de la mise au travail d'un tuberculeux pulmonaire : il serait aussi nuisible de l'éloigner d'une situation, par hantise injustifiée de la rechute, que de la lui laisser accepter si elle n'est pas compatible avec son état, uniquement pour ne pas le priver d'un gagne-pain.

Certes la reprise du travail ne prête pas à discussion pour un tuberculeux dont la guérison est complète ; il est indéniable qu'aujourd'hui la tuberculose peut guérir : guérison radiologique avec disparition complète des images, mais surtout guérison clinique, de plus en plus fréquente, pour toutes les lésions jeunes, traitées énergiquement d'emblée.

Il en est de même pour un certain nombre de sujets porteurs d'anomalies radiologiques sans grande portée, telles que calcifications franches, opacités linéaires ou étoilées, se dessinant dans un parenchyme sain, séquelles pleurales etc...

Mais certaines lésions sont compatibles avec un certain rendement professionnel. Il faut donc être circonspect pour différencier les sujets "inaptes" des sujets "aptes" ^{appelés} par certains les "Bons chroniques", par d'autres "Tuberculeux valides" ; de toutes façons individus ne présentant aucun signe fonctionnel, physique et général mais dont le nettoyage radiologique est incomplet. La plupart de ces malades peuvent fournir un travail normal. Aussi convient-il de préciser les critères qui permettent d'envisager leur stabilisation réelle :

1) - Critères radiologiques :

On peut considérer comme favorables toutes les images correspondant à des lésions torpides après vérifica-

tion par coupes tomographiques : opacités linéaires ou réticulaires ; nodules denses calcifiés ou non mais à contours nets, séquelles pleurales etc... Ces aspects associés ou non ne devant être retenus, naturellement, qu'en l'absence d'image cavaire ou de condensation floue du type exsudatif.

2) - Critères bactériologiques :

Absence de B.K. dans l'expectoration ou le liquide gastrique depuis 6 mois au moins, avec confirmation par 3 cultures ou inoculations au cobaye à 10 jours d'intervalle et négatives.

3) - Critères cliniques :

Stabilité de la température après épreuve du travail ; absence de toux et d'expectoration (quoique toux et expectoration persistent chez des sujets guéris parce qu'ils sont devenus emphysémateux ou bronchectasiques) ; fréquence du pouls ; dyspnée au repos ou à l'effort ; stabilité du poids.

4) - Critères biologiques :

En pratique, seulement vitesse de sédimentation en sachant que son accélération n'est pas spécifique de la tuberculose, et qu'elle n'a souvent qu'une valeur comparative.

Un sujet dont l'observation médicale permet de répondre à tous ces critères, favorablement, peut être soumis à l'épreuve du travail : c'est elle qui, en définitive, constitue le véritable critère du pronostic. La stabilisation vraie ne peut guère en effet être reconnue qu'à posteriori, quand le sujet par sa résistance donne la preuve de l'extinction du processus évolutif..

Il existe malheureusement encore une catégorie de sujets pour le reclassement desquels on se heurte presque toujours à de grandes difficultés : il s'agit d'anciens malades qui bien que capables d'une activité normale, éliminent de façon intermittente des sécrétions paucibacillaires, sans que leur état général ou local paraisse modifié, sans que des interruptions importantes de travail aient besoin d'être conseillées. Si le nombre de ces individus doit décroître

tre à l'avenir, grâce aux traitements antibiotiques bien conduits, associés ou non à la chirurgie d'exérèse, il s'est certainement accru en apparence, ces dernières années, en raison du perfectionnement de la technique des examens bactériologiques. Le Docteur PRUVOST a écrit à ce sujet :

" Tout se passe comme si la présence de B.K. aussi peu nombreux ne s'accompagnant pas de signe d'évolution était ici plutôt un témoin de la nature de la lésion, qu'un signe d'évolutivité. "

Quelle conduite faut-il alors tenir ? Eliminer ces malades et les réformer alors que physiquement ils sont capables de travailler ? Les conserver au contraire et leur réserver un travail spécial dans des conditions qui rendent le danger d'évolution et de contamination presque nuls ? Nous nous rallierons plus volontiers à ce deuxième point de vue ; car le danger de contamination est vraiment minime en raison de la rareté des B.K., de leur intermittence, et il ne pourrait être retenu qu'au cas où de tels sujets seraient en contact avec des adolescents non allergiques.

Il faut donc, dans la mesure du possible, donner à ces tuberculeux torpides, un emploi peu fatigant et relativement isolé (concierge, gardien de bureau etc...) Ce système est appliqué aux usines Michelin et dans la région Sud-Est de la Société des Chemins de Fer Français. Les résultats obtenus sont considérés comme satisfaisants.

Un facteur important reste à considérer dans la récupération des tuberculeux. Il y a peu de temps encore, de nombreux malades guérissaient en devenant des infirmes du point de vue fonctionnel, comme le prouvent des statistiques portant sur des centaines de malades suivis pendant 20 ans.

- Les grosses séquelles pleurales entraînées par les complications de la collapsothérapie médicale ou chirurgicale ; les mutilations importantes des thoracoplasties pratiquées sur des lésions trop étendues ; l'emphysème compensateur développé à côté des lésions fibreuses ; les bronchectasies etc...

étaient autant de causes d'insuffisance respiratoire qui doivent aujourd'hui disparaître. On attache de plus en plus d'importance, d'ailleurs, aux examens fonctionnels qui permettent de surveiller la capacité respiratoire. Grâce aux épreuves de ventilation, à la statigraphie et à la cinéden-sigraphie, il est maintenant possible de suivre avec précision le comportement respiratoire et circulatoire du poumon, tandis que tomographies, bronchoscopie et bronchographie permettent de faire un bilan très exact des lésions. On peut donc porter un pronostic clinique et fonctionnel valable.

Parallèlement se développent les méthodes de rééducation fonctionnelle qui évitent aux opérés des déformations thoraciques importantes et leur rendent un tonus musculaire pratiquement normal. De même la gymnastique respiratoire assure à de nombreux malades une capacité vitale compatible avec une activité normale.

On accorde donc, actuellement, à la question musculaire et respiratoire tout l'intérêt qu'elle mérite, puisque déficience musculaire et insuffisance respiratoire étaient le plus souvent en cause dans l'infériorité de rendement de l'ancien malade.

LA RECUPERATION des TUBERCULEUX sur le PLAN PROFESSIONNEL

L'inutilité d'une longue période de réadaptation, telle qu'elle s'imposait autrefois, apparaît maintenant pour tous ceux qu'une atteinte relativement bénigne n'a pas coupé trop longtemps de leurs activités ; rapide également sera le reclassement de ceux qui peuvent soumettre leur horaire de travail aux fluctuations de leur santé, ils peuvent se contenter avant de reprendre leur travail, d'un stade de post-cure libre, entendant par là une activité réduite dans une situation para-normale. Certes, la durée de la maladie et les séjours en sanatorium s'écourtent actuellement pour tous les malades et parallèlement les conditions de la reprise d'activité vont en s'adoucissant. Pourtant la guérison de la tuberculose reste encore question de temps et nécessite un an de traitement en moyenne. Ceci est suffisant pour justifier dans bien des cas l'utilité d'une réaccoutumance à l'effort sous surveillance médicale stricte. Les centres de Post-cure prévus par l'ordonnance du 31 octobre 1945 ont été conçus dans un tel esprit. Ils ont favorisé pour de nombreux malades, la réadaptation fonctionnelle indispensable après de longs séjours en sana. Ils offrent encore à tous ceux qui sont dépourvus de facilités familiales ou matérielles, la possibilité de parfaire santé et travail avant le retour dans la vie normale.

Toutefois depuis le 6 Janvier 1950, la réadaptation peut se faire en dehors des établissements de Post-Cure, soit dans des ateliers spécialisés, soit dans des entreprises industrielles, agricoles ou commerciales les occupant à temps partiel ou à des postes spéciaux soit au domicile même des intéressés. La surveillance médicale doit être exercée par le service médical de l'atelier ou de l'entreprise et par le dispensaire anti-tuberculeux. De nombreux patrons acceptent désormais de faire travailler leurs employés à temps partiel ; la réadaptation peut s'effectuer ainsi de façon satisfaisante dans des conditions de vie familiale et sociale normale.

Une allocation compensatrice de salaire

(environ 50 % du salaire minimum vital du lieu d'emploi)
peut être accordée par le Comité de Défense Nationale contre
la tuberculose jusqu'à la reprise intégrale du salaire habi-
tuel.

Faisant le bilan de trois ans de fonctionnement
du Centre de la rue de la Verrerie à Paris, le Docteur LAFOSSE
a établi que le pourcentage des rechutes parmi les réadaptés
à temps partiel n'est que de 1,4 %.

Il semble donc que pour de nombreux malades les
Centres de Post-Cure n'offrent plus qu'un intérêt assez réduit
Beaucoup hésitent en effet, à faire suivre leur cure sanato-
riale d'un séjour en Post-Cure qui prolongerait leur durée de
traitement sans grand profit pour eux. Le besoin ne s'en fait
d'ailleurs plus réellement sentir : la réaccoutumance à l'ef-
fort par une cure de travail bien conduite en fin de traite-
ment sanatorial suffit en général à assurer la réadaptation
fonctionnelle nécessaire et à effacer les méfaits consécutifs
à des mois de repos et d'inaction. Dans ce but F. Lowys in-
siste, après de nombreux autres médecins de sana, pour que la
cure de repos ne soit pas trop uniforme pendant le séjour sa-
natorial, mais que les deux courbes de repos et d'activité se
dissocient dans le temps, l'une décroissant aussi réguliè-
rement et progressivement que croît l'autre.

Mais il ne faut pas oublier que nombreux sont
les anciens malades qui doivent effectuer l'apprentissage
d'une nouvelle profession ménageant mieux leur santé . De plus
la tuberculose atteint surtout, on le sait, les grands adoles-
cents, les jeunes adultes, encore dépourvus de qualification
professionnelle. La récupération dépend ici de la rééducation.
Il faut qu'intervienne un véritable apprentissage qui dans une
certaine mesure doit être accéléré, pour compenser le retard
dû à la maladie. Ceci est possible si le malade bien guidé et
orienté dès son arrivée au sana, aidé pendant son séjour, met
à profit sa longue période d'inaction pour s'y préparer. Là
encore les malades manifestent leur impatience lorsqu'ils doi-
vent faire précéder leur entrée dans une école professionnelle
d'un séjour dans un centre de Post-Cure, considéré comme cen-
tre de triage et d'aiguillage, alors que orientation et réac-
coutumance à l'effort ont déjà été pratiquées au sana.

Aussi les centres de rééducation professionnelle
se sont multipliés ; le programme tient compte à la fois des
nécessités de l'apprentissage et de la convalescence,

Tous les élèves ont fait l'expérience de la mala-

die et osent donner le maximum parce qu'ils se savent sous contrôle médical. Il y a en France une trentaine de centres, tant pour hommes que pour femmes, agréés par le Ministère de la Santé Publique et dont les conditions d'équipement et de fonctionnement sont pleinement satisfaisantes. Les malades selon leur degré d'instruction et le métier choisi sont dirigés vers l'un ou l'autre de ces Centres, ils en sortent avec la qualification nécessaire à l'exercice de leur profession.

Il convient enfin, de souligner combien le rôle du sana reste important dans l'aspect social de la tuberculose. Certes du point de vue médical, l'importance que lui avait conféré la cure hygiéno-diététique seule ou associée aux méthodes collapothérapiques a brusquement décru depuis l'apparition des antibiotiques et la chirurgie d'excrèse (qui s'est développée dans les services hospitaliers de pneumologie avant de passer dans les sanas).

Mais certains facteurs para-médicaux jouent ici un rôle essentiel. La cure sanatoriale unit encore pour la majorité des malades le maximum d'avantages au minimum d'inconvénients ; de plus son rôle reste essentiel dans la réadaptation des sujets stabilisés, puisque nous l'avons vu c'est dès l'entrée au sana qu'est envisagé l'avenir Social du tuberculeux, son retour dans la vie normale. Ainsi, sans aucune perte de temps, dès la stabilisation des lésions, est entreprise la cure de réadaptation et si besoin est, le malade déjà orienté est dirigé vers un centre de rééducation professionnelle.

LA RECUPERATION des TUBERCULEUX sur le PLAN SOCIAL

Nous venons de voir qu'à l'heure actuelle presque tous les tuberculeux, grâce aux dépistages précoces, à l'efficacité des acquisitions thérapeutiques récentes et aux possibilités réelles de réadaptation et de rééducation sont récupérables et doivent être reclassés. Or à quoi servirait-il de soigner un tuberculeux durant de longs mois, de l'adapter à une profession donnée, si le jour où il est en état de reprendre sa place dans la vie normale, il se heurte à l'impossibilité de trouver un emploi ? A ce sujet il faut souligner que la multiplication des examens systématiques de dépistage pourrait, si on n'y prend garde entraîner certains excès nuisibles aux travailleurs. En 1948 déjà, le Docteur CASPERS de Bruxelles à propos du contrôle sanitaire obligatoire attirait l'attention sur ce fait, et 2 ans plus tard le Docteur COLIN-VEAUX au cours du Ier Congrès de l'Union Internationale des Services médicaux des Chemins de Fer affirmait : " Si tous les patrons par leurs services médicaux refusent d'employer les tuberculeux guéris, la guérison n'aura pour ceux-ci d'autre avantage que de les transformer en chômeurs involontaires chroniques....

Le problème de la mise au travail des tuberculeux pulmonaires est donc très important de par les répercussions graves, tant psychologiques que matérielles, qu'il peut entraîner, pour l'individu, pour sa famille et pour la société entière. Il semble qu'une orientation de principe nouvelle doive maintenant modifier un problème où tant d'éléments nouveaux sont entrés en ligne de compte depuis quelques années

Seule se fera sans difficulté la reprise du travail pour ceux qui retrouvent à la sortie des établissements de cure la situation qu'ils occupaient avant l'interruption due à la maladie. Pour tous les autres la recherche d'un emploi est une période difficile.

Un assez grand nombre de débouchés s'offre encore

aux employés de bureau, sténos-dactylographes, aides comptables, laborantines, etc...etc... formés dans les différents centres de réadaptation, et à tous ceux qui possèdent quelque diplôme.

Cependant on peut déplorer que l'accès à la Fonction Publique reste encore pratiquement fermé aux anciens malades. Ceci faciliterait le problème du placement pour un certain nombre d'entre eux, et en particulier pour les étudiants et jeunes diplômés dont l'Administration constitue normalement le principal débouché. Pratiquement, un malade sortant du sana, doit s'il veut entrer dans l'administration, attendre au moins 2 ans pour obtenir le certificat de "guérison définitive" exigé par un texte du 18-X-1946 régissant l'accès à la Fonction Publique.

Si cela se justifiait il y a une dizaine d'années, il n'en est plus tout à fait de même actuellement et il semble que les règlements en vigueur doivent être aménagés, précisés sur certains points et "reconsidérés" sur d'autres.

Certains organismes et en particulier l'association générale des étudiants en sanatorium se sont livrés à une étude de la question. En résumé l'A.G.E.S. demande qu'un ensemble de textes introduise une notion nouvelle : celle de "stabilisation" et que le sujet stabilisé, candidat à la Fonction Publique, puisse être admis dès ce stade, à la seule condition de renoncer jusqu'à la reconnaissance de sa "guérison définitive" à certains avantages attribués aux fonctionnaires en congé de longue durée pour maladie. Le risque financier, obstacle important à l'entrée des anciens tuberculeux dans la Fonction Publique, serait ainsi écarté. De plus l'A.G.E.S. souhaite que si un candidat est prêt à passer un concours, il soit autorisé à le passer même si son état médical ne permet pas son recrutement comme fonctionnaire. En cas de succès, son recrutement serait ajourné et le candidat ne serait intégré à la Fonction Publique, qu'après "stabilisation" ou "guérison définitive". Enfin tout candidat empêché de se présenter à un concours du fait d'un séjour d'au moins 6 mois dans un établissement de soins et atteint par la limite d'âge serait exceptionnellement autorisé à faire acte de candidature après sa sortie de cet établissement.

Après une large discussion de ce projet, la Commission Interministérielle, pour la réadaptation des Diminués Physiques au travail, a émis un certain nombre de vœux, et l'on peut espérer qu'une décision favorable sera prise à plus ou moins brève échéance ; car un grand pas sera franchi dans le reclassement des anciens tuberculeux quand leur sera facilité d'une façon ou d'une autre, l'accès à la Fonction Publique.

Pour les travailleurs manuels le problème se pose naturellement de façon très différente. On a pris l'habitude de considérer le tuberculeux comme un chômeur obligatoire et on pense qu'il y a peu de métiers à lui proposer. Ce n'est pas exact. Le Docteur FABRE en indique 247 sur les 477 qu'il passe en revue. Il y a des contre-indications absolues quand l'atmosphère se trouve obligatoirement viciée, ou quand la fatigue est intense (fabrication de produits toxiques ; mineur, bûcheron...) Mais il y a des contre-indications seulement relatives aux conditions dans lesquelles s'exerce le métier et aux risques de contagion (alimentation, contact avec des enfants...) D'une manière générale, il y a assez peu de métiers qui soient à éliminer d'emblée. L'ambiance professionnelle compte plus que le métier proprement dit.

L'artisanat offre dans bien des cas une excellente solution ; dans les différentes maisons de réadaptation pour hommes on enseigne une vingtaine de métiers ouvrant de nombreux débouchés. Citons, par exemple, l'électricité, le radio-dépannage, la photographie. Pour les femmes le choix est plus limité. La couture vient en tête ainsi que la lingerie et la broderie. Trois écoles se répartissent les nombreuses candidates aux postes d'infirmières sanatoriales. La majorité des emplois dans les établissements de cure peuvent d'ailleurs être tenus par des anciens malades, comme cela se fait le plus souvent, et il est à souhaiter qu'on leur réserve ces postes dans la mesure du possible.

Mais l'orientation des Diminués Physiques ne peut reposer uniquement sur quelques métiers artisanaux ; les incidences de l'évolution industrielle ne peuvent être méconnues. D'une part la concurrence de l'industrie tend à effacer nombre de professions artisanales, d'autre part la variété des emplois industriels s'est accrue de façon telle que le déficient tout comme le bien portant, peut trouver sa place dans l'atelier ou l'usine. Mais il faut alors qu'intervienne la " surqualification professionnelle ". Car le réadapté a besoin de racheter en qualité ce qu'il perd en rendement et d'obtenir un salaire supérieur pour une moindre dépense physique. Il doit se perfectionner le plus possible dans la branche choisie. Ainsi le manoeuvre deviendra ouvrier qualifié. Il faut également tenir compte pour l'orientation des anciens malades du marché du travail ; il y a intérêt à les diriger vers les professions moins obstruées et à ne pas les laisser encombrer des séries où l'avenir est incertain.

Rappelons encore, que par le décret du 6-1-1950, la direction de la main d'oeuvre du Ministère du Travail est chargée d'établir et de tenir à jour une documentation concer-

nant les possibilités de travail pour les tuberculeux et leur placement. De plus le même décret établit une sous-commission au sein de la Commission Interministérielle pour la réadaptation professionnelle des Diminués Physiques, également chargée d'établir et de tenir à jour une nomenclature des professions qui peuvent être exercées et des emplois qui peuvent être remplis par les anciens tuberculeux.

Disons enfin, que selon le Bureau Statistique du Département du Travail aux U.S.A. la comparaison du rendement des employés anciens tuberculeux, et de ceux indemnes de tuberculose, révèle que les premiers ont moins de perte de temps au travail pour raison de maladie que les autres, et qu'ils quittent moins volontiers leur emploi. De même un rapport de l'administration des Vétérans, conclut que les anciens tuberculeux sont des travailleurs normaux qui placés rationnellement sont capables d'entrer en compétition avec les autres travailleurs. Cette conclusion vient s'ajouter à de nombreuses autres émanant de différents pays étrangers.

Il semble donc qu'une très grande compréhension devrait être la part des employeurs ; et l'on ne saurait trop insister auprès d'eux à ce sujet. Il est naturel que ceux-ci redoutent et cherchent à éviter les aléas d'un travail discontinu. Mais de même que la reprise du travail ne doit plus plonger le tuberculeux guéri dans l'angoisse de la rechute, de même l'embauche d'un tuberculeux guéri ne doit plus signifier dans l'esprit de l'employeur : interruption du travail à brève échéance.

Il faut bien entendu que les critères de stabilisation ou de guérison soient appliqués dans toute leur rigueur, et c'est par là que nous concluerons : un sujet dont l'état de stabilisation est vérifié n'a pas plus de chances de tomber malade qu'un sujet sain et l'on ne doit plus hésiter ou redouter de recourir à ses services.

- 13 -

- C O N C L U S I O N S -

- I - La découverte des antibiotiques a profondément modifié les différents problèmes posés par la tuberculose pulmonaire. Il faut donc réenvisager les possibilités de récupération des tuberculeux.

- 2 - Du point de vue médical, la plupart des malades semblent récupérables.
 - La guérison peut être complète avec disparition des images radiologiques
 - mais si il persiste des anomalies radiologiques comme c'est le cas le plus fréquent, la preuve de leur stabilité doit être fournie par les critères biologiques, cliniques et bactériologiques associés. Une réponse favorable à des examens répétés permet de tenter l'épreuve du travail seul véritable test de la stabilisation.
 - aux malades dont l'état général et local est satisfaisant et qui paraissent stabilisés mais éliminent quelques bacilles par intermittence, il convient de réserver un emploi peu fatigant et relativement isolé (expérience de la S.N.C.F.).

- 3 - Peu de malades, actuellement, deviennent des Insuffisants Respiratoires. Les épreuves fonctionnelles ainsi que les méthodes de rééducation fonctionnelle se sont perfectionnées et sont de plus en plus utilisées. La déficience musculaire et la diminution de la capacité respiratoire, causes principales de l'infériorité de rendement de l'ancien malade, sont de cette manière évitées.

- 4 - L'intérêt d'une réadaptation fonctionnelle dans un Centre de Post-Cure a beaucoup décru depuis quelques années. Elle est inutile pour les malades que la cure de travail, en fin de séjour sanatorial, a suffi à réaccoutumer à l'effort. La reprise du travail à temps partiel, sur le principe du salaire compensateur, offre d'ailleurs une solution satisfaisante, et de préférence employée, de

réadaptation dans le cadre du travail.

- 5 - Par contre, est prédominant le rôle des Centres de réadaptation professionnelle pour tous ceux qui sont dépourvus de qualification. La récupération dépend ici de la rééducation. Le centre spécial d'apprentissage offre des conditions favorables, pour la préparation au métier choisi, dès l'arrivée au sanatorium, avec l'aide d'un orienteur professionnel.
- 6 - Le tuberculeux ne doit pas, le jour où il est en état de reprendre sa place dans la vie normale, se heurter à l'impossibilité de trouver un emploi. Si toutes les entreprises par l'intermédiaire de leurs services médicaux refusaient d'employer les tuberculeux guéris, la guérison n'aurait pour ceux-ci d'autre avantage que de les transformer en chômeurs involontaires chroniques.
- 7 - La faculté d'accéder à la Fonction Publique, sous certaines conditions naturellement, dès la reconnaissance de la stabilisation, résoudrait de problème du placement pour un grand nombre d'anciens malades. Cette question est d'ailleurs actuellement à l'étude.
- 8 - Pour le travailleur manuel, peu de métiers sont à éliminer d'emblée. Il y a quelques contre-indications absolues (air vicié, fatigue intense), mais surtout des contre-indications relatives aux conditions dans lesquelles s'exerce le métier. L'artisanat offre un certain nombre de débouchés intéressants, mais le déficient doit pouvoir trouver sa place dans l'atelier ou l'usine à condition qu'intervienne le plus possible la "surqualification professionnelle."
- 9 - Il semble donc que désormais, grâce aux dépistages précoces à l'efficacité incontestable des traitements et aux possibilités réelles de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, la plupart des tuberculeux peuvent être récupérés et doivent être reclassés.

=====

Vu : Le Président de Thèse :

Monsieur le Professeur BOYER

Vu : Le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris :

Monsieur le Professeur BINET

Vu et Permis d'imprimer : Le Recteur de l'Académie de PARIS

J. SARRAILH.

- B I B L I O G R A P H I E -

- P. PRUVOST : La réadaptation au travail des tuberculeux.
Revue de la tuberculose. 5e série (1944-1945)
- R. EVEN : L'adaptation au travail des tuberculeux pulmonaires.
Revue de la tuberculose 5e série (1944-1945)
- E. BERNARD : Phtisiologie humaine. Aspects cliniques et médico-sociaux. MASSON PARIS 1946.
- J. MASSE : Rôle et action des organismes de sécurité sociale dans la récupération des tuberculeux guéris.
Archives de Méd. Soc. Avril 1947.
- A. COURCOUX La réadaptation chez les tuberculeux au travail.
Revue de la tuberculose T. 5 1939-1940.
- P. LAFOSSE ET I. LANGLE : A propos de la réadaptation.
Revue de la tuberculose 5e série 1947
- E. BERTHET : La réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri ou en voie de guérison.
MASSON - PARIS - 1945.
- G. POIX : Le placement des tuberculeux.
Presse médicale 22 Nov. 1947
- =====

